

札幌医科大学附属病院 小児科外来 行

予約受付 FAX番号 011-688-8333
 電話番号 011-611-2111 (内線34310)
 時間 9:00~12:00、13:00~16:00

札幌大 使用欄	予約番号
	ID番号

小児科新患外来診療予約申込書

- ◎下記の太枠の中をご記入の上、上記のFAX番号あてに送信してください。
- ◎予約の調整がつかしだい「予約票」をFAXにて送信いたします。
- ◎医師指定など、回答に時間がかかる場合がありますのでご了承願います。
- ◎資料等は患者さんにお渡しいただき、原則当日持参でお願いします。

16:00以降のFAX受信は、翌日の
受付とさせていただきます。

申込日 年 月 日 (必要に応じ別紙に記載し、併せてFAX送信して下さい。ただし、8枚以上送信する場合は、あらかじめ電話にて連絡して下さい。)

貴医療機関について	医療機関名 ・ 住所	電話番号
		FAX番号
	診療科・医師氏名	
	紹介事務担当者等 (部署) (氏名)	※必ずご記入願います。

患者さんについて	ふりがな 患者氏名 (男・女)	生年月日	西暦	年 月 日 (満 歳)
	住所 〒			
	電話番号			
	自宅以外の連絡先電話番号 (携帯・勤務先等)			
	患者の状況及び 予約日時の連絡方法 (番号を○で囲む)	1. 現在外来で返事を待っている	2. 帰宅済み。紹介元医療機関から連絡	
	3. 紹介元医療機関に入院中	4. その他 ()		

診療情報記入欄	紹介目的	札幌医大病院の受診歴 有・無
	傷病名	
	既往歴及び家族歴	薬物アレルギー (有・無)
	症状経過及び検査結果・治療経過 <input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書参照	現在の処方
	備考 (患者さんに関する留意事項)	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー :介助者 ()

希望記入欄	受診希望外来 (必ずご記入下さい)	希望医師名 (ご希望がある場合のみご記入ください)
	*やむを得ず医師が交代することもありますので、ご了承ください。	
	受診希望日 (申込当日の受診は予約できません。 / 予約状況によってはご希望に沿えない場合があります。)	
	(第1希望) 月 日 (第2希望) 月 日 (第3希望) 月 日	
	<input type="checkbox"/> 受診希望日なし <input type="checkbox"/> 曜日の希望あり (曜日) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日など ()	

※ 予約の変更等がある場合は、紹介元医療機関から当院にご連絡をお願いします。

札幌大使用欄	受付日	受診科	予約日時 月 日 () :
--------	-----	-----	----------------